



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

PLANNED ACTION NOTICE
ELIGIBILITY DETERMINATION

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE/SOLICITANTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE

Estimado/a:

DDD ha determinado que usted es elegible para ser cliente de DDD. Los reglamentos que rigen la determinación de elegibilidad para DDD se consignan en WAC 388-823.

<input type="checkbox"/> Determinación inicial Usted ES elegible para ser cliente de DDD a partir del _____		
<input type="checkbox"/> Revisión de la determinación Usted ES un cliente elegible de DDD bajo la condición/condiciones de:		
<input type="checkbox"/> Retrasos al desarrollo	<input type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> Otra condición neurológica
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Otra condición similar al retardo mental
<input type="checkbox"/> Condición demasiado grave para evaluarse	<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Médicamente intensivo	<input type="checkbox"/> Autismo	
<input type="checkbox"/> Su elegibilidad tiene fecha de caducidad o requiere revisión:		
<input type="checkbox"/> Si no presenta una nueva solicitud, su elegibilidad caducará cuando cumpla	<input type="checkbox"/> los 4 años de edad	<input type="checkbox"/> los 10 años de edad
<input type="checkbox"/> DDD evaluará su elegibilidad a los 17 años de edad, antes de que cumpla los 18 años.		
<input type="checkbox"/> La revisión de su elegibilidad está sujeta a los reglamentos WAC 388-823-1005 y 1010. (Ver el resumen adjunto sobre la caducidad de elegibilidad y requisitos de revisión de DDD)		
PERSONA DE CONTACTO	CARGO	NÚMERO TELEFÓNICO
CONTACTO PARA LOS SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA NIÑOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS DOS AÑOS		NÚMERO TELEFÓNICO

Adjunto: Folleto de los Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad

**CADUCIDAD DE LA ELEGIBILIDAD Y REQUISITOS DE REVISIÓN
WAC 388-823**

EDAD	CONDICIÓN ELEGIBLE	CADUCIDAD	REVISIÓN	CRITERIO ADICIONAL
Independientemente de la fecha de determinación de elegibilidad				
Al cumplir los 4 años de edad	TODAS	X		
Al cumplir los 10 años de edad	Retrasos al desarrollo Síndrome de Down Condición demasiado grave para evaluarse Médicamente intensivo	X		Cancelación/caducidad efectiva al cumplir los 10 años de edad
Al cumplir los 18 años de edad	Médicamente intensivo	X		Caduca antes de cumplir los 18 años si ya no es elegible para recibir servicios de enfermería por medio del Programa Médicamente Intensivo
Entre los 17 y 18 años de edad	TODAS		X	Las evaluaciones comienzan a los 17 años y su cancelación no será antes de cumplir los 18 años
18 años de edad o mayor	TODAS		X	Antes de la autorización inicial para los servicios pagos si la determinación de elegibilidad más reciente tiene más de 2 años y usted no recibe servicios pagos a la fecha.
A cualquier edad	TODAS		X	La evidencia no fue suficiente, equívoca o fraudulenta para una decisión tomada en 1992 o después
17 años de edad o menor	TODAS		X	Cuando hubiera disponible nueva información respecto al diagnóstico.
Elegibilidad que se determine antes de julio de 2005				
Entre los 4 y 17 años de edad	Retrasos al desarrollo Síndrome de Down		X	Antes de la iniciación de los servicios pagos si no recibe servicios pagos a la fecha
10 años de edad o mayor	Retrasos al desarrollo Síndrome de Down		X	Puede evaluarse en cualquier momento

DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION NOTICE ELIGIBLE DECISIONS INSTRUCTIONS

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice is sent with the "Eligibility Expiration and Review Requirements" chart.
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is under the age of eighteen;
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relatives;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date is the date generated by the IE application.
2. Identify ALL of the person's eligible condition(s).
3. You must check one of the three reasons for expiration and review. If age 18 or older, check "Your eligibility review is subject to WAC 388-823-1005 and 1010".

Distribution

1. The client and legal representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy of the letter in the client file.